



Infarto agudo do miocárdio com novo bloqueio de ramo esquerdo - Um Relato de Caso

TEIXEIRA, G.G. 1; MOTA, E.M. 1; ABRAHAO, M.A.B. 1; SENA, R.M.B. 1;
MENDONÇA, N.A. 1; OLIVEIRA, A.L. 1.

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
gabriela.gte@gmail.com

RESUMO

O bloqueio de ramo esquerdo (BRE) associado ao infarto apresenta uma baixa prevalência, de cerca de 1 a 2% dos casos de IAM. A prevalência de pacientes atendidos em Unidades de emergência com BRE novo ou resumidamente novo é bem maior, cerca de 5 a 8%, dos quais somente um percentual menor realmente tem IAM, conforme dados de estudos recentes. Trata-se de um desafio estabelecer o diagnóstico de infarto (IAM) na presença de BRE. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dado MEDLINE, LILACS, PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Paciente feminina, 71 anos, caucasiana, divorciada, procedente de Volta Redonda-RJ, portadora de HAS, DM tipo 2 em uso de Glifage, Glimpirida e Captopril. Procurou atendimento médico com queixa inicial de desconforto respiratório e dor torácica que evoluiu com piora dos sintomas, e o surgimento de dispneia e sudorese. Ao exame físico: sudoreica, cianótica em extremidades, taquidispneica, ansiosa. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em dois tempos, com presença de desdobramento paradoxal de B2; pressão arterial aferida 180x100mmHg; aparelho respiratório com murmúrio vesicular universalmente audível com estertores crepitantes e saturação de O₂ 86%; abdome sem visceromegalias palpáveis, peristalse presente, timpânico; membros inferiores sem edemas, pulsos palpáveis e perfusão normal. Foram solicitados ECG que evidenciou supradesnivelamento do segmento ST EM DI e AVL com enzimas cardíacas que não mostraram alterações. Segundo ECG surgiu um BRE novo e dosagem de enzimas cardíacas com Troponina: Positiva. CK: 66, CK-mb: 27. Posteriormente foi realizado um ecocardiograma com doppler que mostrou pericárdio normal, átrio esquerdo com aumento leve e volume estimado 57ml, VE com dimensões e função sistólica preservadas, concluindo leve aumento atrial esquerdo e déficit da função diastólica do VE grau I. Cieneangiocoronariografia apresentando artéria CX com 10% de obstrução. Conclusão final: coronárias isentas de obstrução significativa. Ao exame físico de alta notou-se o desaparecimento na ausculta cardíaca do desdobramento paradoxal de B2. Solicitado novo ECG confirmou-se que se tratava de um BRE novo e transitório. Pois, o novo ECG não apresentava mais o BRE. A hipótese mais plausível neste caso é a de uma placa instável gelatinosa, ulcerada, ter sofrido um processo de trombose, mas com reperfusão espontânea. O reconhecimento do IAM com Supradesnivelamento do Segmento ST/BRE novo (IAMSST) e o início da estratégia de abordagem dos pacientes admitidos com IAMSST constitui adequado reconhecimento e triagem dos casos de dor torácica.